FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÈE 1933

THÈSE

N° 2

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RENET (Marcel-Louis-Victor)

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 16 Janvier 1905

ÉTUDE STATISTIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

à la Maternité de Saint-Louis de 1929 à 1933

Président : M. BRINDEAU, Professeur

J. de RUDDER

Imprimeur

23, Rue Lakanal, 23

MONTROUGE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RENET (Marcel-Louis-Victor)

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 16 Janvier 1905

ÉTUDE STATISTIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

à la Maternité de Saint-Louis de 1929 à 1933

Président : M. BRINDEAU, Professeur

J. de RUDDER

Imprimeur

23, Rue Lakanal, 23

MONTROUGE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

LE DOYEN : **ROUSSY**,

I. — PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GREGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION. COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU. HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.
ALAJOUANINE Neurologie, Psychiâtrie
AUBERTIN ... Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ ..... Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. ..... Pathologie médicale.
BUSQUET .... Pharmacologie.
CADENAT .... Pathologie chirurgicale.
CATHALA .... Pathologie médicale.
CHABROL .... Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON ..... Physique.
DONZELOT. .. Pathologie médicale.
ECALLE ..... Obstétrique.
FEY ..... Urologie.
GASTINEL ... Bactériologie.
GATELLIER .. Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GIROUD ..... Histologie.
HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER .... Pathologie médicale.
HAZARD ..... Pharmacologie.
HUGUENIN. .. Anatomie pathologique.
JOANNON .... Hygiène.

MM.
LABBE (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI Neuro-psychiâtrie.
LIAN ..... Pathologie médicale.
MONDOR ..... Pathologie chirurgicale.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOURE. ..... Pathologie chirurgicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.
OLIVIER..... Anatomie.
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
QUENU. ..... Pathologie chirurgicale.
RICHET ..... Physiologie.
SANNIE ..... Chimie biologique.
SEZARY ..... Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER .... Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) .. Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.
VELTER ..... Ophtalmologie.
VIGNES ..... Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.
LEQUEUX .... Obstétrique.
LEROUX ..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.
RETTERER. .. Histologie.
ZIMMERN .... Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
ABRAMI ..... Clinique médicale.
CHIRAY ..... Clinique médicale.
DUVOIR ..... Clinique médicale.
BASSET ..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOCQUOT .... Clinique chirurgicale.

MM.
SCHWARTZ .. Clinique chirurgicale.
LE LORIER... Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
METZGER .... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS.

MM. FREY. . ..... Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé .... Education physique.
LEDOUX-LEBARD . ..... Radiologie clinique.
WEIL-HALLE. . ..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Brindeau,

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris,

Officier de la Légion d'honneur,

Pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en président notre soutenance de thèse.

A Monsieur le Docteur CATHALA,

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis,

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé LANTUÉJOUL,

Accoucheur des Hôpitaux,

Qui a bien voulu nous manifester à plusieurs reprises sa bienveillante attention, en témoignage de notre gratitude et de notre respectueuse amitié.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).
M. le Professeur GOSSET, (Salpêtrière).
M. le Docteur Ch. LAUBRY (Broussais).

Externat.

M. le Docteur VEAU (Enfants Assistés).
M. le Professeur Léon BERNARD (Laënnec).
M. le Docteur HUBER (Ambroise-Paré).
M. le Professeur Agrégé Henri BÉNARD (Hôtel-Dieu).
M. le Docteur Charles LAUBRY (Broussais).
M. le Docteur CATHALA (Saint-Louis).
A M. le Professeur Agrégé LANTUÉJOUL, Accoucheur des Hôpitaux; M. le Docteur André MARTIN, Chirurgien des Enfants-Assistés; MM. les Docteurs PARAF et BOURGEOIS, Médecins des Hôpitaux.
A MM. les Docteurs DELAFONTAINE, FLORAND, FROMENT, Louis LAMY, Maurice LAMY, LARGEOT, POUMAILLOUX, ROUTIER et WALSER, Assistants des Hôpitaux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550416_0013

AVANT-PROPOS

En commençant cette modeste étude, nous nous sommes souvenu que la forme suprême du mensonge était la statistique. Et nous avons vu, au cours même du travail, combien il était facile, avec la plus entière bonne foi, de déformer la vérité. C'est qu'en effet, la statistique est, par essence, une science relative. Il faut nécessairement pour dresser une statistique en fixer les limites; pour peu que ces limites soient plus ou moins étroites, les chiffres obtenus sont différents. Il importe donc, dès le début, d'indiquer l'esprit qui a présidé à l'élaboration de notre statistique. Car, comment comparer deux études, dont les éléments sont différents?

M. le docteur Cathala, Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous confier l'étude des présentations de l'épaule à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, constatées au cours de ces cinq dernières années. Nous avons trouvé, durant cette période, quarante observations se rapportant à cette question. En accord avec notre Maître, et sur ses conseils mêmes, nous les avons toutes retenues, même celles où manifestement la présentation n'était qu'un simple épiphénomène de l'accouchement. S'il est légitime, pour faire l'étude analytique du problème, d'examiner chaque cas d'espèce, il en est tout autrement pour dresser un tableau synthétique. Comment, par exemple, déterminer exactement la fréquence des présentations de l'épaule, si auparavant on a cru devoir éliminer — avec quelque raison peut-être — certains cas sans intérêt pronostic?

Avant d'aborder le sujet lui-même, nous tenons à spécifier qu'il ne s'agit que d'une étude statistique, et qu'on conséquence, nous ne ferons d'incursion ni dans la clinique de la présentation de l'épaule, ni — moins encore — dans la technique des interventions.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE STATISTIQUE DE LA FRÉQUENCE

On a souvent cité le beau tableau que présentait, en 1921, M. le Professeur Pinard au 2e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, et d'après lequel, il y a soixante ans, il ne se passait guère de nuit où l'interne de garde ne fût réveillé pour une présentation de l'épaule. Il s'agit sans doute plus d'une image de rhétorique que de l'expression exacte de la réalité. Il n'en est pas moins vrai que la présentation de l'épaule au moment de l'accouchement était alors loin d'être rare. Malheureusement, il reste difficile d'en connaître exactement la fréquence. En effet, les statistiques des auteurs classiques ne concordent pas. Certains, pour les établir, n'ont tenu compte que des accouchements à terme; d'autres, au contraire, de tous les accouchements. Mais, le plus souvent, les auteurs omettent d'indiquer dans quel esprit ils ont dressé leurs statistiques et il est, de ce fait, impossible de les comparer. On ne peut même pas retenir leur moyenne générale de 1/183 accouchements, qui semble inférieure à la réalité.

Depuis cette époque, grâce aux consultations prénatales et à une meilleure éducation du médecin et du public, la fréquence des présentation de l'épaule ne cesse de décroître. Bien avant la guerre, les auteurs avaient déjà insisté sur ce fait. C'est ainsi qu'à la Clinique Baudelocque, de 1890 à 1898, la moyenne est de 1/231, et de 1898 à 1906, de 1/377. A la Clinique Tarnier, de 1888 à 1898, on relève une moyenne de 1/139, et de 1898 à 1908, de 1/163. La différence considérable de ces chiffres tient certainement à la manière dont ces statistiques ont été établies. Les moyennes de la Clinique Tarnier ont dû être dressées d'après la totalité des accouchements et se rapprochent, dans leur esprit, des statistiques récentes. Elles seront ainsi de bons moyens de comparaison. Mais, quel que soit l'esprit qui a présidé à l'élaboration des statistiques des Cliniques Baudelocque et Tarnier, étant donné que cet esprit est le même pour chacune d'elles, ces statistiques concordent sur le point suivant, à savoir la diminution de fréquence des présentations de l'épaule au moment de l'accouchement.

Les statistiques parues ces dernières années confirment cette diminution. A la Clinique Baudelocque, de 1920 à 1928, sur un total de 23.915 accouchements, on relève 66 présentations de l'épaule, soit une moyenne de 1/362. A la Clinique Tarnier, de 1922 à 1930, sur 25.719 accouchements, 73 présentations de l'épaule, soit 1/352. La statistique de la Maternité de Lariboisière donne une moyenne inférieure : 1/510 (59 présentations de l'épaule pour 30.145 accouchements). Mais les chiffres de Lariboisière ne portent pas seulement sur les accouchements pratiqués à l'hôpital, mais aussi sur ceux qui ont été pratiqués chez les sages-femmes agréées. Ils concordent donc sensiblement avec les chiffres de Baudelocque et de Tarnier, tout en donnant sans doute une expression plus exacte de la fréquence des présentations de l'épaule dans les accouchements pratiqués en ville.

A la Maternité de Saint-Louis, du 1er janvier 1929 au 31 octobre 1933, il y a eu 14.963 accouchements et, parmi eux, 40 présentations de l'épaule. Notre statistique confirme donc, sur ce point, les statistiques précédentes, la moyenne des présentations de l'épaule, durant ces cinq dernières années, étant de 1/374.

TABLEAU N° 1

Fréquence des présentations de l'épaule à l'hôpital et par rapport à l'ensemble des accouchements.

ANNÉES	MATERNITÉ	Accouchements	Présent. Épaule	MOYENNE
1888 1898	Tarnier	13.257	95	1/139
1898/1908	Tarnier	15.542	95	1/163
1920/1928	Baudelocque	23.915	66	1/362
1922/1930	Tarnier	25.719	73	1/352
1929/1933	SAINT-LOUIS	14 963	40	1/374

CHAPITRE II

ÉTUDE STATISTIQUE DES CAUSES

L'étude des causes des présentations de l'épaule n'est pas seulement d'un intérêt spéculatif. Elle présente aussi un intérêt pratique, certaines d'entre elles comportant un diagnostic d'intervention. Il importe donc de bien les connaître et de les rechercher soigneusement au moment de l'examen.

Nous étudierons successivement les causes de présentation chez la mère, puis chez le fœtus, ces causes s'intriquant plus ou moins chez certains sujets. Indiquons dès maintenant que dans certains cas, rares il est vrai, la cause demeure inconnue.

Chez la mère. une cause domine toutes les autres, c'est *la multiparité.* M. le Professeur Pinard, dans une statistique portant sur 806 cas, trouve 81,39 0/0 de multipares. A Baudelocque, de 1890 à 1900, on en relève 85.36 0/0. A Tarnier, de 1898 à 1908, 82.10 0/0. A la Maternité de Saint-Louis, de 1929 à 1933, il y a 33 multipares contre 7 primipares, soit 82,50 0/0, et parmi elles, 9 grandes multipares (V° pare et au-dessus), soit 22,50 0/0 des présentations de l'épaule. Inutile d'insister sur la concordance remarquable de ces chiffres. Le plus souvent, à la multiparité s'ajoutent d'autres causes. Mais parfois, on ne trouve que celle-là : 11 cas sur 40 dans notre statistique, soit 27,50 0/0.

Les vices de conformation du bassin sont une cause infiniment moins fréquente de présentation de l'épaule que la multiparité, mais d'importance pratique beaucoup plus grande. A la Clinique Tarnier, de 1888 à 1898, on trouve le rétrécissement du bassin dans 33.68 0/0 des cas; de 1898 à 1908, dans 22 0/0 des cas, et de 1922 à 1930, dans 2,80 0/0 des cas. Cette considérable différence de proportion tient sans doute à la qualité des observations prises, mais aussi à cette fameuse « loi des séries » qu'ont signalée tous les auteurs. Pour nous, à la Maternité de Saint-Louis, nous avons trouvé un chiffre intermédiaire entre les chiffres précédemment cités et, par conséquent, sans doute, plus conforme à la vérité. Sur 40 présentations de l'épaule, nous avons relevé 5 rétrécissements du bassin, soit 12,50 0/0.

Ces cas valent que l'on s'y arrête. Parfois, il ne s'agit que d'un rétrécissement léger (Obs. N° 1) et l'accouchement par manœuvres internes peut se faire normalement. Mais le plus souvent (ici : 80 0/0), il s'agit d'un rétrécissement plus marqué commandant l'intervention chirurgicale. Dans un cas (Obs. N° 2), la version podalique a été complétée au moment du passage de la tête par une pubiotomie. Le plus souvent, il a été pratiqué une césarienne, qu'il s'agisse d'une césarienne haute (Obs. N° 15) ou d'une césarienne basse (Obs. N° 11). Dans tous ces cas, l'enfant a vécu. Pour avoir méconnu le rétrécissement du bassin (Obs. N° 7), l'interne de garde a eu un accouchement laborieux entraînant la mort du fœtus et ne se terminant qu'après embryotomie et basiotripsie. Le rétrécissement du bassin, pour n'être pas la cause la plus fréquente des présentations de l'épaule, est néanmoins celle qu'il faut rechercher le plus minutieusement.

Les *malformations utérines* sont une cause rare de présentation de l'épaule. A Tarnier, de 1922 à 1930, on en relève 6 cas sur 73, soit 8,81 0/0. Mais c'est là un chiffre anormalement élevé. M. le Professeur Pinard ne trouve, sur 806 présentations de l'épaule, que 5 malformations utérines. Les Docteurs Planchon (statistique Tarnier 1888-1898) et Chataing (statistique Tarnier 1898-1908) signalent chacun 2 malformations de l'utérus sur 95 cas. Nous avons relevé personnellement un cas de malformation utérine (Obs. N° 3), soit 2,5 0/0.

La *tumeur de l'utérus* était, pour les classiques, une cause assez fréquente de présentation de l'épaule. Elle est aujourd'hui exceptionnelle, ce qui est dû sans doute aux progrès de la chirurgie. Sur les 40 cas de la Maternité de Saint-Louis, pas un seul ne relève de cette cause. Il en est de même dans les différentes statistiques que nous avons consultées.

Signalons enfin, comme *maladies générales*, que nous avons trouvé deux cas d'albuminuries, une simple (Obs. N° 27) et une avec hypertension (Obs. N° 5), et un cas de syphilis, en cours de traitement, qui a fait à deux reprises différentes une présentation de l'épaule sans que vinssent s'ajouter d'autres causes que la multiparité (Obs. N°s 23 et 39).

En conclusion, *notre statistique des causes maternelles concorde avec les statistiques précédentes. Une cause dominant toutes les autres : la multiparité (80 à 85 0/0) ; une cause d'importance pratique considérable : le rétrécissement du bassin* (12 *à* 15 0/0) ; *une cause rare : les malformations utérines* (2 0/0) ; *une cause aujourd'hui exceptionnelle : les tumeurs de l'utérus.*

***

Chez le fœtus, la cause la plus importante est la *petitesse et la macération du fœtus*. A mesure que l'on se rapproche de la terminaison régulière de la grossesse, les présentations de l'épaule se font plus rares; elles sont en même temps d'un pronostic fœtal moins sérieux. Nous reviendrons sur cette importante question. Mais, dès maintenant, elle permet de comprendre la fréquence relative de la petitesse du fœtus comme cause de présentation de l'épaule. M. Planchon (Tarnier 1888-1898) ne la trouve que 9 fois sur 95 cas. M. Chataing (Tarnier 1898-1908), 15 fois sur 95. Malheureusement, ils n'indiquent pas le poids maxima dont ils se sont servis pour établir leurs statistiques. A la Maternité de Saint-Louis, nous avons trouvé 12 cas sur 40, où

l'enfant présentait un poids inférieur à 2.000 grammes (exception faite de 4 cas de grossesse gémellaire), soit une proportion de 30 0/0. Remarquons qu'aucun de ces 12 fœtus n'a vécu : 2 étaient macérés, 5 morts au cours du travail, 5 morts dans les heures qui ont suivi.

L'hydramnios n'est relevé par MM. Planchon et Chataing que dans 9 cas sur 95, soit 9,40 0/0. Mais, en réalité, la proportion est plus importante. En effet, il ne faut pas établir la statistique d'après tous les cas de présentation de l'épaule, mais il faut déduire ceux où la femme est arrivée la poche des eaux déjà rompue et pour lesquels on ne peut avoir aucun renseignement à ce sujet. C'est ce qui s'est passé 9 fois à la Maternité de Saint-Louis de 1929 à 1933. Sur les 31 cas restant, nous avons trouvé 5 fois un excès de liquide, ce qui donne une proportion de 16,12 0/0.

La grossesse gémellaire est relevée, à la Clinique Tarnier, de 1898 à 1908, 14 fois sur 95 cas comme cause de présentation de l'épaule, soit 14,70 0/0. Notre statistique concorde : 5 cas sur 40, soit 12 50 0/0. Classiquement, il s'agit toujours du second enfant. Il en était ainsi à Tarnier (14 cas sur 14). Toutefois, dans un cas de notre statistique, nous avons relevé (Obs. N° 4) un premier jumeau prématuré avec présentation de l'épaule et version spontanée. Les 4 autres cas répondaient à la thèse classique. Dans 2 cas (Obs. N°s 3 et 32), le premier fœtus se présentait par le sommet (à Tarnier, 11 cas sur 14). Dans un cas (Obs. N° 19), présentation du premier enfant par le siège (Tarnier, 3 cas sur 14). Enfin, dans un cas (Obs. N° 20), le premier accouchement ayant été fait en ville, la présentation nous en est inconnue. Signalons que ces 5 grossesses gemellaires étaient bi-vitellines.

Le *Placenta Prævia* est pour 6,30 0/0 des cas la cause de présentations dans les statistiques de Tarnier 1888-1898 et Tarnier 1898-1908. Nous en avons trouvé 2 cas sur 40, soit 5 0/0 (Obs. N°s 16 et 22).

La *brièveté du cordon* est une cause très rare de présentation de l'épaule. Il n'y en a pas un seul cas à Tarnier, de 1888-1898; un cas, de 1898 à 1908. Nous n'en avons pas relevé de cas dans nos observations.

En conclusion, *notre statistique des causes fœtales diffère des statistiques précédentes sur deux points : la petitesse du fœtus* (30 0/0 *au lieu de* 13 0/0) *et l'hydramnios* (16 0/0 *au lieu de* 10 0/0), *cette augmentation tenant sans doute à la façon dont les statistiques ont été établies. Pour les autres causes, nos conclusions sont les mêmes : grossesse gémellaire* (12 *à* 15 0/0), *placenta prævia* (5 *à* 6 0/0), *brièveté du cordon* (*moins de* 1 0/0).

***

Enfin dans notre statistique de 40 présentations de l'épaule, 12 cas — réserve faite de la multiparité sur laquelle nous reviendrons — sont de cause inconnue, soit 30 0/0. A la Clinique Tarnier, statistique de 1898-1908, la proportion était de 28,42 0/0. Parmi nos 12 cas, on ne trouve qu'une seule primipare (Obs. N° 25), soit 2,50 0/0 de cause entièrement inconnue. Dans 27,50 0/0 des cas, la cause relève directement de la multiparité. Cette influence des grossesses multiples est d'autant plus évidente que le nombre des grossesses augmente. Tandis, en effet, que la grande multiparité (à partir de V^{e} pare) constitue les 22,50 0/0 des présentations de l'épaule, elle est de 33,33 0/0 des présentations ne relevant que de la multiparité.

TABLEAU N° 2

Causes des présentations de l'épaule sur 40 cas.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE	40	
Multiparité	33	82,50 %
Petitesse du fœtus.....	12	30 %
Hydramios (sur 31 cas)	5	16,12 %
Rétrécissement du bassin	5	12,50 %
Grossesse Gémellaire	5	12,50 %
Placenta Praevia.....	2	5 %
Malformation utérine.....	1	2,50 %
Ne relevant que la multiparité	11	27,50 %
Entièrement inconnue.....	1	2,50 %

CHAPITRE III

ÉTUDE STATISTIQUE DES INTERVENTIONS

Les 40 cas de présentation de l'épaule que nous avons relevés à la Maternité de Saint-Louis, de 1929 à 1933, se décomposent ainsi, quant aux interventions :

5 évolutions et versions spontanées.
6 embryotomies.
21 versions : 20 internes et 1 externe.
8 césariennes : 4 hautes et 4 basses.

Nous étudierons séparément d'abord chacun de ces cas, puis nous les grouperons ensuite dans une même étude d'ensemble sur le Pronostic des Présentations de l'Epaule.

L'évolution spontanée ne s'observe pratiquement plus au cours des accouchements à terme, avec présentation de l'épaule. Dans ces cas, que nous ne voyons plus aujourd'hui, mais que les travaux anciens nous ont appris à connaître, l'accouchement se termine dans la règle par la mort du fœtus, asphyxié par suite de la rétraction de l'utérus, et secondairement par la mort de la mère, soit de rupture utérine, soit d'infection. En fait, aujourd'hui, on n'observe plus d'accouchement spontané que dans les cas de fœtus prématuré et petit. C'est ce qui s'est passé 3 fois dans notre statistique, soit 7,50 0/0 des cas. Ce chiffre est à rapprocher de celui de la statistique de la Clinique Tarnier 1898-1908 : 7,35 0/0.

Dans nos trois cas, il s'agissait de prématurés entre 5 mois 1/2 et 6 mois 1/2 et pesant l'un 1.050 grammes (Obs. N° 28), le second 1,120 gr. (Obs. N° 37) et le dernier 1,600 grammes (Obs. N° 38). Le premier est mort dans les minutes qui ont suivi l'accouchement, les deux autres sont morts au cours du travail. Il ne s'agit là que de cas peu intéressants au point de vue clinique. Ils confirment cependant l'importance — sur laquelle nous avons déjà insisté — de la petitesse du fœtus dans les présentations de l'épaule, tant au point de vue de la fréquence de la cause que de la gravité du pronostic.

La *version spontanée* ne se voit pratiquement qu'au cours de grossesses gémellaires. Nous l'avons observé dans deux cos : une fois il s'agissait du premier fœtus (Obs. N° 4) et une autre fois du second (Obs. N° 3). Tous les deux ont vécu.

Mais ce sont là des cas relativement rares et, le plus souvent, l'accoucheur doit intervenir.

*
**

Il arrive, malheureusement trop souvent, que la femme arrive à l'hôpital, l'accouchement étant commencé depuis plusieurs heures. Dans nos observations, nous relevons un cas de 7 heures (Obs. N° 23) et un cas de 18 heures (Obs. N° 13). L'enfant est déjà mort asphyxié. Il ne reste plus qu'à intervenir pour sauver la mère — et le plus souvent il sera fait une **embryotomie.** C'est ce qui explique la fréquence relativement grande de cette intervention. La statistique de Tarnier de 1923 à1926 donne un pourcentage de 9,24 0/0. Mais, dans la règle, le pourcentage est plus élevé : 13,68 0/0 à Tarnier (1898-1908), 15,25 0/0 à Lariboisière (1922-1931). Notre statistique confirme ces derniers chiffres : 6 embryotomies sur 40 présentations de l'épaule, soit 16 0/0. A ces 6 cas, nous pouvons rattacher 2 cas de version par manœuvres internes, qui furent suivies, l'une d'embryotomie (Obs. N° 7), et l'autre de basiotripsie (Obs. N° 24).

Dans un cas (Obs. N° 14), il s'agissait d'un enfant macéré. Dans un autre (Obs. N° 9), d'un prématuré de 6 mois 1/2. Dans 4 cas (Obs. N°s 13, 21, 23 et 25), d'enfants à terme.

Le *pronostic maternel* des embryotomies est parfois grave. *La majeure partie des cas de mortalité maternelle dans les dernières statistiques se sont produits à la suite d'embryotomies.* A la Clinique Tarnier, de 1898 à 1908, on relève 3 cas de mort chez la mère au cours de présentations de l'épaule, dont 2 après embryotomie. A la Maternite de Lariboisière, de 1922 à 1931, 3 cas de mortalité maternelle, 2 après embryotomie : l'une d'infection et l'autre d'œdème; la troisième, après version interne et embryotomie, par rupture utérine. A la Clinique Tarnier, de 1923 à 1926, on relève 2 cas de mort de la mère, tous deux d'infection après embryotomie. Aussi M. le Professeur Brindeau recommande-t-il de recourir à l'hysterectomie plutôt qu'à l'embryotomie si les membranes sont rompues depuis un certain temps et si la malade présente de la fièvre.

A la Maternité de Saint-Louis, sur les 6 embryotomies de notre statistique, il n'a pas été observé de cas de mortalité maternelle. Toutefois, la morbidité a été relativement élevée. Dans 2 cas (Obs. N°s 9 et 13), les réactions fébriles ont été très marquées les 4 premiers jours, et dans un cas surtout (Obs. N° 14), la malade a dû être hospitalisée pendant plus de 50 jours pour infection puerpérale et n'est sortie de l'hôpital qu'incomplètement guérie. C'est le seul cas de notre statistique qui ait été hospitalisé aussi longtemps, où le pronostic vital ait dû être réservé et où il ait subsisté des séquelles.

*
**

La **version par manœuvres externes** est rarement possible. M. Chataing (Tarnier 1898-1908) ne l'observe que 3 fois sur 95 cas. M. Berger (Lariboisière 1922-1931) 3 fois sur 59 cas. M. Bertrand (Tarnier 1923-1930) 3 fois également sur 54 cas. Pour nous, nous ne l'avons relevée qu'une seule fois (Obs. N° 10). Mais les statistiques ne

peuvent être sur ce point qu'inférieures à la réalité, car la version externe est souvent pratiquée en dehors de l'hôpital. Naturellement, dans tous ces cas, le pronostic maternel et fœtal a été excellent.

La **version par manœuvres internes** constituait, avant l'ère de la Césarienne, le procédé de choix. Elle reste aujourd'hui le procédé le plus employé. Si, avant l'ère chirurgicale, on trouvait un pourcentage de 79 0/0 (Tarnier 1898-1908), il est encore de 64,81 0/0 à Tarnier (1923-1926) et à 57,60 0/0 à Lariboisière (1922-1931). Dans notre statistique de la Maternité de Saint-Louis, sur 40 présentations, il y a eu 20 manœuvres internes, soit 50 0/0.

La *mortalité maternelle*, au cours des versions podaliques, est de 1,05 0/0 à Tarnier (1898-1908) et de 1,69 0/0 à Lariboisière (1922-1931). Il n'y a pas de cas de mortalité maternelle parmi les versions internes de notre statistique. En outre, dans la plupart des cas, les suites de couches ont été normales. Dans un cas, on observe une réaction fébrile à 39° pendant 4 jours (Obs. N° 19) et dans un cas (Obs. N° 2), après version podalique et pubiotomie, une pyélonéphrite, la malade quittant le service au bout de 34 jours en parfait état.

Le *pronostic fœtal* varie selon les auteurs : 21,04 0/0 (Tarnier 1898-1908); 28 0/0 (Tarnier 1922-1930); 34,29 0/0 (Tarnier 1923-1926); 50 0/0 (Lariboisière 1922-1931). Sur les 20 cas de notre statistique, nous avons une mortalité de : au cours du travail, 7, soit 35 0/0; les jours qui ont suivi, 4; total dans le service : 11, soit 55 0/0. Les 7 fœtus morts au cours du travail se répartissent ainsi : 4 prématurés et 3 enfants à terme : 1 macéré (Obs. N° 16); 1 fœtus mort avant l'arrivée à la salle de travail (Obs. N° 12); 5 morts à l'hôpital, au cours du travail; dans 2 cas (Obs. N°s 26 et 32), il s'agissait d'un prématuré qui n'a pu être ranimé; dans 3 cas, il y a eu difficulté au moment du passage de la tête, nécessitant l'emploi du forceps (Obs. N° 30); d'une craniotomie chez un prématuré (Obs. N° 24); d'une embryotomie et d'une basiotripsie (Obs. N° 7). Indiquons que l'on a employé, dans deux autres cas (Obs. N°s 5 et 34), le forceps sur tête dernière, l'enfant ayant été extrait vivant. Dans un cas, la version podalique a été complétée, au moment du passage de la tête, d'une pubiotomie (Obs. N° 2). Dans 5 cas, soit 25 0/0 des versions internes, l'enfant a dû être ranimé.

Les 4 enfants qui sont morts dans les jours qui ont suivi étaient des prématurés pesant moins de 2.000 grammes.

***

L'**opération césarienne** a été pratiquée 8 fois à la Maternité de Saint-Louis, soit dans 20 0/0 des cas de présentation de l'épaule. 4 fois il a été pratiqué une césarienne haute. Dans un cas (Obs. n° 15), il s'agissait d'un bassin rétréci avec procidence du cordon. Dans un autre cas (Obs. N° 39), la femme avait eu, deux années auparavant, une présentation de l'épaule, son enfant étant mort au cours du travail (Obs. N° 23). Dans deux cas (Obs. N°s 17 et 27), la poche des eaux étant rompue depuis plus de 24 heures, la Césarienne a été suivie d'une hystérectomie subtotale.

4 fois également, il a été pratiqué une Césarienne basse transpéritonéale. Dans un cas, il y avait un rétrécissement marqué du bassin (Obs. N° 11); dans un cas, les membranes étaient rompues depuis

33 heures et la température à 39° (Obs. N° 18); dans 2 cas (Obs. N°s 35 et 36), il y avait une rétraction de l'utérus et une dilatation incomplète du col.

Le *pronostic fœtal* de ces 8 cas a été excellent. Tous les fœtus ont été extraits vivants. Il en a été de même à Tarnier (1923-1926), sur 9 césariennes. M. le Docteur Devraigne, sur 6 opérations césariennes, a eu un cas de mortalité du fœtus au cours d'une césarienne haute. Dans notre statistique, nous avons relevé, au 14e jour de la naissance, la mortalité d'un hérédo-syphilitique, accouché après césarienne haute.

A la Maternité de Saint-Louis, il n'a pas été observé, au cours des opérations césariennes, de *mortalité maternelle*. De même, dans les différentes statistiques de la Clinique Tarnier. M. Devraigne a eu, là aussi, un cas de mortalité de la mère, après césarienne haute. La morbidité maternelle, par contre, a été très marquée après les césariennes basses. Si, en effet, dans les 4 cas de césarienne haute, il y a eu des suites de couches normales, dans 3 cas sur 4, dans les césariennes basses, on a observé des complications : abcès de la fosse ischio-rectale (Obs. N° 18), congestion pulmonaire et phlébite (Obs. N° 35), abcès du Douglas (Obs. N° 36). Mais il faut noter que, malgré l'infection, il a été possible, grâce à la césarienne basse, de ne pas pratiquer d'opération mutilatrice (Obs. N° 18).

TABLEAU N° 3

La statistique des interventions et leur pronostic.

	Pourcentage	Cas	Pron. Fœtal		Pronostic Maternel
			Morts au cours du travail	Morts dans les jours qui ont suivi	
Accouch. spontané	7,50	3	2	1	
Version spontanée	5	2			
Embryotomie	16	6	6		1 Infection Puerpérale 2 Réactions Fébriles
Version externe	2,50	1			
Version interne ...	50	20	7	5	1 Pyélonéphrite 2 Réactions Fébriles
Césarienne	20	8		1	1 Phlébite 1 Abcès Ischio-Rectal 1 Abcès Douglas

CHAPITRE IV

ÉTUDE STATISTIQUE DU PRONOSTIC

Le **pronostic maternel**, surtout depuis l'ère chirurgicale, s'est considérablement amélioré. La mortalité, qui était classiquement de 10 0/0, est tombée à 5,08 0/0 à Lariboisière (1922-1931), à 3,50 0/0 à Tarnier (1922-1930), à 1,51 0/0 à Baudelocque (1920-1928). *Elle est de 0 0/0 à la Maternité de Saint-Louis* (1929-1933). Les causes de la mort de la mère sont la rupture utérine et l'infection. Aussi, faut-il recourir à l'opération césarienne s'il y a une rétraction marquée de l'utérus (Portes) ou si les membranes sont rompues depuis longtemps (Brindeau).

La *morbidité maternelle* était autrefois considérable. A la Clinique Tarnier, de 1898 à 1908, on relevait, sur 95 présentations de l'épaule, 19 suites de couches pathologiques : 13 infections puerpérales, 4 hémorragies de la délivrance, 1 rupture utérine. La morbidité maternelle reste cependant élevée. A la Maternité de Lariboisière, de 1922 à 1931, sur 59 cas, on trouve 5 fois des complications : 1 infection puerpérale, 2 hémorragies de la délivrance, 2 ruptures utérines. *A la Maternité de Saint-Louis, la morbidité maternelle a été de* 12,50 0/0. Sur 40 cas, il y a 5 suites de couches pathologiques : 1 infection puerpérale, 1 phlébite, 1 pyélonéphrite, 2 abcès pelviens. 4 fois, il s'est agi d'une multipare, 1 fois d'une primipare.

En résumé, la mortalité maternelle ne s'observe plus ou ne s'observe qu'exceptionnellement dans les présentations de l'épaule. Par contre, dans 10 *à* 12 0/0 *des cas, il y a encore des suites de couches pathologiques.*

***

Le **pronostic fœtal** reste élevé. A Tarnier (1923-1926), la mortalité fœtale au cours du travail est de 33,50 0/0; à Baudelocque (1920-1928), de 40 0/0; à Lariboisière (1922-1931), de 49 0/0. A la Maternité de Saint-Louis, sur 40 cas, nous avons relevé une mortalité totale, dans le service, de 55 0/0 (22 morts).

Cette mortalité se répartit ainsi :

15 au cours du travail : 37,50 0/0;

7 dans les jours qui ont suivi : 17,50 0/0.

Enfin, 7 enfants, soit 17,5 0/0, durent etre ranimés, 5 après manœuvres internes et 2 après césarienne.

La survie totale n'a donc été que de 45 0/0. Mais c'est là un chiffre brut et qui demande à être expliqué.

Deux éléments, en effet, concourent à aggraver le pronostic fœtal de la présentation de l'épaule : il faut les examiner successivement.

1° *Les fœtus morts in utero à l'arrivée dans le service.* — Bien souvent, la femme n'arrive à la Maternité que tardivement. L'accouchement est commencé depuis plusieurs heures. Souvent la poche des eaux est rompue. Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. Dans 6 cas (1 prématuré et 5 fœtus à terme), il en a été ainsi. Si nous ajoutons à ces 6 cas, 2 cas de fœtus macérés, nous voyons que sur 40 presentations de l'épaule, 8 fois, soit 20 0/0 des cas, le fœtus était mort in utero à l'arrivee dans le service.

2° *La proportion élevée de prématurés pesant moins de* 2.000 *grammes.* — Nous en relevons, dans notre statistique, 12 cas, plus 4 cas de grossesse gemellaire, soit une proportion de 40 0/0. Or, le pronostic de ces prématurés est effroyablement grave. Les statistiques des auteurs classiques donnent pour *l'ensemble des accouchements* et par rapport au poids du fœtus, la mortalité suivante :

Moins de 1.200 grammes : 100 0/0 de mortalité infantile;

De 1.200 à 1.500 grammes : 60 0/0;

De 1.500 à 2.000 grammes : 14 0/0.

Ce sont là des chiffres remontant à 25 ans et qui, par conséquent, étant donnés les progrès de la puériculture, sont vraisemblablement supérieurs à la réalité.

La mortalité des prématurés de moins de 2.000 grammes, dans la statistique de la Maternité de Saint-Louis, est de 87,50 0/0, et si l'on excepte les cas de grossesses gemellaires, de 100 0/0. La différence de pourcentage des deux statistiques montre l'exceptionnelle gravité du pronostic fœtal des prématurés au cours de la présentation de l'épaule.

La mortalité de Saint-Louis se répartit ainsi (sur 16 cas) :

2 macérés;

6 morts pendant le travail :

- 1 à l'arrivée dans le service;
- 5 à la salle de travail;

6 morts après l'accouchement :

- 2 le jour même;
- 4 le lendemain.

Les 2 cas où l'enfant a survécu sont des gémellaires.

***

Pour étudier le *pronostic réel* de la présentation de l'épaule, il faut donc éliminer les prématurés pesant moins de 2.000 grammes et les fœtus morts in utero à l'arrivée dans le service, c'est-à-dire tous les cas où l'action de l'accoucheur est pratiquement nulle.

Sur 40 cas, nous avons :

16 prématurés de moins de 2.000 grammes;

5 fœtus à terme morts in utero à l'arrivée dans le service.

Il reste donc 19 enfants pesant plus de 2.000 grammes et arrivés dans le service à l'état de fœtus vivants in utero. Sur ces 19 cas, il n'y a eu que 3 cas de mortalité fœtale, soit une proportion de 15,84 0/0.

Les interventions avaient été les suivantes :

1 version externe;
10 versions internes;
8 césariennes.

Il y a eu deux mortalités au cours du travail. Les deux fois, au cours de manœuvres par version podalique. Une fois (Obs. N° 30), la version a été complétée par forceps sur tête dernière et l'enfant n'a pu être ranimé. L'autre fois (Obs. N° 7), il s'agissait d'un rétrécissement du bassin méconnu par l'interne de garde et l'accouchement n'avait pu être achevé qu'après embryotomie. Nous avons déjà cité ce cas. Dans ces deux cas, l'opération césarienne aurait-elle pu sauver l'enfant?

Dans un troisième cas (Obs. N° 15), après hysterectomie haute, il y a eu décès de l'enfant au 14e jour. Mais il s'agissait d'un hérédo-syphilitique traité. La mortalité est manifestement étrangère à la mortalité de l'épaule. Nous en avons tout de même tenu compte dans l'établissement de la statistique.

Dans la statistique de la Maternité de Saint-Louis, le pronostic fœtal au cours des césariennes s'est donc révélé meilleur qu'au cours des versions internes. Aussi, cette opération a-t-elle été pratiquée à la Maternité de Saint-Louis avec prédilection au cours des présentations de l'épaule. C'est ainsi si l'on ne tient compte que des fœtus pesant plus de 2.000 gr. qu'en 1929, il a été pratiqué 4 versions podaliques et pas une seule césarienne; tandis que de 1930 à 1933, il y a eu 8 césariennes contre 6 versions.

En conclusion, la mortalité fœtale des présentations de l'épaule n'est élevée qu'à cause de l'importante proportion de prématurés et fœtus morts in utero à l'arrivée dans le service. Ces cas exceptés, la mortalité n'est que de 15 0/0.

TABLEAU N° 4

Pronostic des présentations de l'épaule.

Pronostic maternel

Mortalité.	0 cas	0 %
Morbidité.	5 - -	12,50 %

Pronostic fœtal

MORTALITÉ TOTALE : 22 cas 55 %

A l'arrivée dans le service :

Macérés.	2 cas	
Prématuré.	1 —	
A terme.	5 —	
Soit.	8 cas	20 %

Dans le service :

Prématurés de moins de 2.000 gr.		
Au cours du travail. .	5 cas	
Après l'accouchement.	6 —	
Soit.	11 cas	27,50 %
Fœtus de plus de 2.000 gr.		
Au cours du travail. .	2 cas	
Après l'accouchement.	1 —	
Soit.	3 cas	7,50 %
Total dans le service.	14 cas	35 %

CHAPITRE V

Observations cliniques citées dans le cours des chapitres précédents

SOMMAIRE

Fœtus morts-nés in utero à l'arrivée dans le service.

Embryotomie (obs. N°s 9, 13, 14, 21, 23, 25).
Version interne (obs. N°s 12, 16).

Fœtus pesant moins de 2.000 *gr.*

Accouchement spontané (obs. N°s 28, 37, 38).
Version spontanée (obs. N°s 3, 4).
Version interne (obs. N°s 8, 19, 22, 26, 31, 32, 34).
— — avec craniotomie (obs. N° 24).

Fœtus pesant plus de 2.000 *gr.*

Version externe (obs. N° 10).
Version interne (obs. N°s 1, 6, 20, 29, 33, 40).
— — avec pubiotomie (obs. N° 2).
— — avec forceps (obs. N°s 5, 30).
— — avec basiotripsie et embryotomie (obs. N° 7).
Césarienne haute (obs. N°s 15, 39).
— — avec hysterectomie (obs. N°s 17, 27).
Césarienne basse (obs. N°s 11, 18, 35, 36).

Observation N° 1. — *Version par manœuvres internes. Rétrécissement léger du bassin.*

L... (Claire), 33 ans. IIe pare. 19 mars 1929. Dern. règles : 29 juin 1928. 8 mois 1/2. Bassin légèrement rétréci. Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieur, tête à droite. Version podalique. Garçon vivant ranimé pesant 3.400 gr. Déliv. artif. pour enchatonnement du placenta et pesant 510 gr. Suites de couches normales. Quittent le service en bon état le 30 mars.

Observation N° 2. — *Version par manœuvres internes et pubiotomie. Rétrécissement du bassin.*

E... (Marie), 20 ans. IIe pare. 29 août 1929. Dernières règles : 12 novembre 1928. 8 mois 1/2. Position transversale, avec tête dans l'hypocondre droit, dos en avant. Bassin annelé, rétréci. Promontoire très saillant à. Version par manœuvres internes. Avant extraction de la tête dernière, on sectionne le pubis. Fille vivante, criant après désobstruction des voies aériennes et pesant 3 350 gr. Préhension manuelle du placenta, pesant 650 gr. Suites de couches : le 10 sept., douleur au niveau de l'échancrure costo-iliaque droite, spontanée, lancinante; provoquée, entraînant une contracture réflexe; élévation thermique à 39°5. Le lendemain, disparition de la douleur. Le 14 sept., nouvelle élévation thermique à 39°5 avec frissons. Douleur lombaire gênant la respiration. Douleur provoquée au niveau du rein gauche et des points uretéraux supérieur et moyen. L'examen des urines révèle la présence de leucocytes, d'hématies et de globules de pus. Pyélonéphrite. Tout rentre dans l'ordre en quelques jours et la malade quitte le service avc son enfant, tous deux en bon état, le 2 octobre.

Observation N° 3. — *Version spontanée au cours d'une grossesse gémellaire.*

S... (Diégo), 29 ans. IIe pare. 6 septembre 1929. 7 mois 1/2. Rupture artificielle des membranes. 1er accouchement spontané OIDP, dégagement OP. Garçon vivant pesant 1.920 gr. A ce moment, l'examen montre 2e poche des eaux, utérus développé dans le sens transversal. Présentation de l'épaule. Version spontanée. Rupture artificielle de la poche des eaux. Excès de liquide. 2e accouchement spontané. Siège en SIDP, dégagement en SP. Fille vivante pesant 1.800 gr. Délivrance immédiate N. C. et pesant 1.000 gr. Suites de couches légèrement fébriles. Quittent le service le 16 septembre, la fille pesant 1.575 gr.

Observation N° 4. — *Version spontanée au cours d'une grossesse gémellaire.*

W... (Marie), 29 ans. IIe pare. 22 octobre 1929. Dernières règles : avril 1929. 6 mois 1/2. Grossesse gémellaire bi-vitelline, bi-amniotique. 1er jumeau : présentation de l'épaule. Version spontanée. Accouchement ST, garçon vivant pesant 1.400 gr. 2e jumeau : accouchement OS, garçon vivant pesant 1.075 gr. Délivrance N. C. 580 gr. Nous ne connaissons pas les suites de couches (observ. en partie égarée).

Observation N° 5. — *Version par manœuvres internes et application de forceps sur tête dernière.*

V... (Georgette), 33 ans. IIe pare. 25 novembre 1929. Dernières règles : 28 février. 8 mois 1/2. Albuminurie T. A. 17/11. Rupture artificielle des

membranes. Présentation de l'épaule gauche dorso-antérieure. Version par manœuvres internes et application de forceps sur tête dernière. Garçon pesant 3.100 gr. ranimé après 5 minutes de soins. Délivrance artificielle 520 gr. Injection intra-utérine iodée. Revision utérine. Légère déchirure du col à droite. Suites de couches légèrement fébriles. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 7 décembre.

Observation N° 6. — *Version par manœuvres internes.*

B... (Marie), 23 ans. IIe pare. 14 décembre 1929. 8 mois 1/2. Rupture des membranes artificielle. Présentation de l'épaule avec excès de liquide. Version par manœuvres internes. Accouchement en ST. Garçon vivant pesant 3.130 gr. Délivrance N. C. 670 gr. Pas de petit côté. BW négatif. Suites de couches normales. Quittent le service en bon état le 26 décembre.

Observation N° 7. — *Version podalique suivie d'embryotomie et de basiotripsie.*

G... (Micheline), 26 ans. Ire pare. 11 mars 1930. Dernières règles : 24 mai 1929. A terme. Femme arrivant avec le diagnostic suivant (confirmé à l'hôpital) : Présentation de l'épaule. Membranes intactes. Bruits du cœur sont bons. A 15 heures, ruptures spontanées de la poche des eaux. Présentation de l'épaule droite dos en arrière. Bruits du cœur sont bons. Dilatation grande paume. L'interne de garde pratique une version podalique, après avoir tenté manuellement de compléter la dilatation. Les membres et le tronc passent normalement. Mais la manœuvre de Mauriceau est impossible. On ne peut arriver à extraire la tête, par suite de la rétraction du col, d'autant que la dilatation n'est pas absolument complète. On pratique une incision antérieure du col; la tête ne descend pas mieux. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. On tente alors vainement une basiotripsie, qui s'avère pénible. Après une embryotomie, et un nouvel essai infructueux de basiotripsie, on fait appel au chirurgien de garde (Ravina), qui termine l'accouchement et constate un rétrécissement du bassin, avec promontoire accessible, qui paraît devoir être la cause de la présentation anormale et de l'impossibilité de terminer la version. Fœtus. 3.000 gr. Délivrance, 500 gr.

Suites de couches normales. La malade quitte le service en bon état le 26 mars.

Observation N° 8. — *Version par manœuvres internes chez un prématuré.*

B... (Alice), 20 ans. Ire pare. 21 juin 1930. Dernières règles : 28 novem- 6 mois 1/2. Présentation de l'épaule. A la rupture des membranes, version par manœuvres internes. Garçon vivant pesant 1.200 gr. DNC 350 gr. Enfant décédé le lendemain de sa naissance. Suites de couches normales.

Observation N° 9. — *Embryotomie chez un prématuré.*

B... (Renée). 20 ans. Ire pare. 21 juin 1930. Dernières règles : 28 novembre. 6 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Embryotomie. Extraction d'un fœtus de sexe masculin pesant 1.650 gr. Délivrance artificielle pesant 400 gr. Injection intra-utérine iodée. Réactions fébriles à 39°4, les 48 premières heures. Quitte le service le 29 juin en bon état.

Observation N° 10. — *Version par manœuvres externes et extraction de siège.*

C... (Marie), 30 ans, IVe pare. 13 juillet 1930. Dernières règles : 15 octobre 1929. 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes. Accouchement spontané par le siège en SIPA, dégagement ST. Garçon vivant pesant 3.450 gr. D. N. C. pesant 550 gr. Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent le service le 23 juillet en bon état.

Observation N° 11. — *Césarienne basse. Bassin rétréci.*

M... (Philomène). Age non indiqué. IIe pare. A terme. Le 4 août, *à 18 heures :* présentation transversale, tête à gauche. Bassin généralement rétréci. Promontoire à 10 cm. 1/2. Dilatation de 1 fr. Poche des eaux bombante, à travers de laquelle on sent le cordon et une main. Le fœtus paraît mobile, mais il est impossible de le verticaliser. Un essai de version au cours de la grossesse avait déjà été infructueux. *A 23 heures :* malgré les contractions, la présentation ne change pas. Dilatation à 5 fr. On a nettement l'impression que si l'on tente une version à dilatation complète, la tête ne passera pas. On attend, car une autre femme doit subir immédiatement une opération césarienne. *A 2 heures* (5 août) : sous-anesthésie générale, on pratique une césarienne basse classique (Desnoyers). L'extraction du fœtus est pénible. On cherche d'abord un pied, puis par la brèche utérine on sort l'enfant en siège. Fille vivante pesant 3.170 gr. Déchirure du péritoine viscéral supérieur. On péritonise sur un plan. Suture de la paroi en 3 plans. La délivrance pèse 670 gr. Suites de couches normales, sans réaction fébrile. La mère et l'enfant quittent le service le 24 août en bon état.

Observation N° 12. — *Version par manœuvres internes, incision postérieure du col et forceps sur tête dernière chez un enfant mort.*

F... (Antoinette), 37 ans. Ve pare. 18 août 1930. Dernières règles : novembre 1929. A terme. A l'entrée à la salle de travail (4 heures), bruits du cœur non perçus. Présentation de l'épaule. Dilatation petite paume. Poche des eaux rompue. A 11 heures, version par manœuvres internes sous anesthésie. Dilatation grande paume. Incision postérieure du col. Forceps sur tête dernière. Garçon mort-né pesant 3.600 gr. Délivrance artificielle 500 gr. Suites de couches légèrement fébriles. Quitte le service le 30 août en bon état.

Observation N° 13. — *Embryotomie chez un enfant mort.*

N..., 41 ans. VIe pare. 25 août 1930. Dernières règles : 25 novembre 1929. A terme. Début du travail le 24 août à midi. A l'entrée à la salle de travail (25 août, 6 heures), les bruits du cœur ne sont pas perçus. Présentation de l'épaule. Dilatation de 5 fr. Membranes rompues. A 10 h. 45, embryotomie, extraction d'une fille pesant 2.020 gr. D. N. C. 420 gr. Liquide amniotique fétide. Réactions fébriles (à 38°) les 4 premiers jours. Quitte le service en bon état le 5 septembre.

Observation N° 14. — *Embryotomie chez un enfant macéré.*

B... (Alice), 24 ans. Ire pare. 11 septembre 1930. Dernières règles : 10 mars. 6 mois. Dilatation complète. Présentation de l'épaule enclavée. Tête à droite. Dos en avant. Main gauche à la vulve. Embryotomie. Fœtus macéré de sexe masculin pesant 1.300 gr. Liquide très fétide. Délivrance artificielle pesant

280 gr. Suites de couches : la malade est très fatiguée et présente pendant plusieurs semaines une température voisine de 38° avec, à plusieurs reprises, clochers à 40 et 41° et frissons. Quitte le service le 1er novembre 1930, l'état général médiocre, et, au point de vue local, utérus encore gros et cul-de-sac empâté. Revient dans le service pour séance de diathermie.

Observation N° 15. — *Césarienne haute. Bassin rétréci.*

L..., 42 ans. VIe pare. 7 novembre 1930. Dernières règles : 22 février. 8 mois. La poche des eaux est rompue. Cordon procident. Enfant vivant en position transversale. Col très difficile à atteindre. Dilatation 2 fr. Bassin rétréci. Césarienne haute immédiate (Lacomme). Incision médiane sus- et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus assez pénible, en raison du développement transversal de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin et pesant 3.150 gr. Avant de pratiquer la délivrance, le cordon est sectionné au ras du placenta de façon à ne pas avoir à faire passer par l'utérus le cordon procident. Délivrance pèse 600 gr. Fermeture de la paroi en 3 plans. Suites de couches non fébriles et absolument normales. L'enfant présente un état général de plus en plus médiocre, un ictère intense au 4e jour. On pratique une série de sulfar. (une injection de 0.02 tous les 2 jours). La chute de poids est continue. L'enfant meurt le 14e jour (poids : 2,500). La mère quitte le service le 11 décembre en bon état.

Observation N° 16. — *Version par manœuvres internes. Enfant macéré.*

D... (Marguerite), 26 ans. Ire pare. 4 juillet 1931. Dernières règles : 28 novembre. 7 mois. Présentation de l'épaule, avec placenta prœvia. Hémorragie avant l'accouchement. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort macéré pesant 1.600 gr. Délivrance artificielle 300 gr. B. W. négatif. Suites de couches légèrement fébriles. Quitte le service en bon état.

Observation N° 17. — *Césarienne haute et hystérectomie subtotale.*

C... (Simone), 22 ans. IIe pare. 7 juillet 1931. Dernières règles : 1er octobre. A terme. Femme amenée de ville pour présentation de l'épaule. Membranes rompues depuis 24 heures. A l'arrivée : T. 36°5, pouls 92. Les bruits du cœur sont perçus. Utérus rétracté mais non contracturé (on a pratiqué en ville une injection de morphine). Col dilaté à petite paume. Bras dans le vagin. Césarienne haute immédiate (Cathala). Extériorisation de l'utérus et incision sur le fond. Extraction du fœtus et du placenta. 4 points de suture fermant la plaie utérine. Les membranes étant rompues depuis longtemps et plusieurs examens ayant été pratiqués, on procède à une hystérectomie subtotale et à la mise en place d'un Mickulicz. Un drain placé dans le vagin. Fermeture suivant technique habituelle. Fœtus de sexe masculin pesant 2.950 gr., ranimé après 25 minutes de soins. Délivrance pesant 650 gr. Suites opératoires normales. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 30 juillet.

Observation N° 18. — *Césarienne basse.*

P... (Sophie), 28 ans. IIe pare. 30 juillet 1931. A terme. Rupture des membranes précoces, depuis 33 heures. Liquide amniotique teinté de méconium. Présentation de l'épaule. Main dans le vagin. Bruits du cœur bons. T. 39. On décide césarienne basse immédiate (Portes). Extraction d'une fille criant aussitôt et pesant 3.480 gr. Délivrance immédiate : 820 gr. Suture de l'utérus

au catgut. Pose de 2 drains. Fermeture de la paroi suivant technique habituelle. Suites opératoires : abcès de la fosse ischio-rectale, incisée le 17 août (Cathala). La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Observation N° 19. — *Version par manœuvres internes au cours d'une grossesse gémellaire.*

M... (Marthe), 28 ans. Ire pare. 9 septembre 1931. Dernières règles : 17 janvier. 7 mois 1/2. Grossesse gémellaire bi-vitelline. 1er accouchement SIGA dégagement ST. Garçon pesant 2.230 gr. 2e jumeau : présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Fille vivante pesant 1.900 gr. Délivrance artificielle 880 gr. Deux placentas nettement séparés. Suites de couches : fébriles (39°) du 3e au 7e jour. La fille meurt le lendemain de l'accouchement. La mère et le 1er jumeau quittent le service en bon état le 30 septembre.

Observation N° 20. — *Version par manœuvres internes au cours d'une grossesse gémellaire.*

V... (Dominique), 34 ans. IIIe pare. 12 septembre 1931. Dernières règles : décembre 1929. A terme. 1er accouchement en ville. Garçon vivant pesant 3.300 gr. A l'arrivée : femme ayant périnée déchiré. Présentation de l'épaule. Bruits du cœur sont bons. Version par manœuvres internes. Extraction d'un 2e garçon vivant pesant 3.000 gr. D. N. C. 1.680 gr. Suites de couches légèrement fébriles. La mère et les jumeaux quittent le service en bon état le 23 septembre.

Observation N° 21. — *Embryotomie chez un enfant mort.*

G... (Clémence), 29 ans. IIIe pare. 31 octobre 1931. A terme. Début du travail : 31 octobre à 20 h. 30. Apparition d'une main à la vulve à 22 heures. Arrivée à l'hôpital à 23 h. 45. Présentation de l'épaule droite. Dos en avant. Tête dans la fosse iliaque gauche. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. T. 38°3. Embryotomie. Fœtus du sexe masculin pesant 3.000 gr. Délivrance artificielle pesant 450 gr. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état le 13 novembre.

Observation N° 22. — *Version par manœuvres internes chez un prématuré.*

C... (Hélène), 41 ans. Ve pare. 1er novembre 1931. Dernières règles : 24 avril. 7 mois. Présentation de l'épaule. Poche des eaux bombant dans le vagin. Dilatation complète. Version podalique. Très gros excès de liquide. Extraction d'un fœtus de sexe masculin pesant 1.460 gr. Décédé 10 minutes après la naissance. Délivrance artificielle pesant 400 gr. Placenta bas inséré. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état le 10 novembre.

Observation N° 23. — *Embryotomie chez un enfant mort.*

M... (Eugénie), 30 ans. IIIe pare. 5 novembre 1931. A terme. Antécédents : 2 enfants macérés. Traitée pour syphilis. Femme arrivant de chez elle, ayant perdu les eaux depuis 7 heures. Présentation de l'épaule dos en avant. Dilatation complète. Plus de bruits du cœur. Embryotomie rachidienne. Extraction d'un garçon pesant 2.620 gr. Délivrance artificielle 500 gr. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état le 15 novembre. (Voir observation N° 39.)

Observation N° 24. — *Version interne et craniotomie chez un prématuré.*

D... (Marcelle), 24 ans. IIIe pare. 13 novembre 1931. Dernières règles : 28 mars. 7 mois 1/2. Dans les antécédents obstétricaux, on relève un premier accouchement normal et un second accouchement prématuré à 7 mois et demi. Présentation transversale. A l'entrée à la salle de travail (13 novembre, 21 heures), utérus surdistendu. Volumineuse poche des eaux rendant l'examen impossible. On rompt les membranes. Position transversale. Dilatation 2 fr. Les bruits du cœur sont perçus. La femme repose la nuit et n'a pas de contractions. Le 14 novembre, à 10 h. 30, même situation. Sous-anesthésie au chloroforme, abaissement des membres inférieurs, du tronc et des épaules. Rétraction du col sur tête dernière. On vide la boîte cranienne à l'aide de ciseaux. Fille pesant 1.650 gr. D. N. C. 450 gr. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état le 24 novembre.

Observation N° 25. — *Embryotomie chez un enfant mort.*

D... (Aragar), 26 ans. Ire pare. 7 décembre 1931. A terme. A l'entrée à la salle de travail, présentation transversale, tête à droite. Dilatation 1 fr. Pas de bruits du cœur. Embryotomie, suivie de basiotripsie sur tête dernière. Manœuvre difficile du fait de la contraction utérine. Fœtus de sexe masculin pesant 2.990 gr. sans la matière cérébrale. Délivrance artificielle pesant 500 gr. Suites de couches légèrement fébriles les premiers jours. Quitte le service en bon état le 20 décembre.

Observation N° 26. — *Manœuvres internes chez un prématuré.*

F... (Germaine). 21 ans, Ire pare. 21 avril 1932. Dernières règles : 2 septembre 1931. 7 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Manœuvres internes. Extraction d'un fœtus de sexe masculin mort-né et pesant 1.850 gr. D. N. C. 450 gr. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état.

Observation N° 27. — *Césarienne haute et hystérectomie subtotale.*

V... (Louise), 33 ans. VIIe pare. 4 juin 1932. Dernières règles : 15 août. A terme. Dans ses antécédents, on relève 3 fausses couches consécutives, à la suite desquelles elle a subi une hystéropexie (Mathieu 1930). Albuminurie. Un B. W. aurait été positif. Rupture de la poche des eaux le 3 juin à 16 heures. Arrive à la salle de travail le 4 juin à 17 h. 45. Présentation transversale. Tête dans l'hypocondre gauche. Col perméable. Les bruits du cœur sont perçus. T. 37°2. A 22 heures, laparotomie médiane sous-ombilicale (Lantuéjoul). La face antérieure de l'utérus est adhérente sur les 2/3 inférieurs. Après libération de ses adhérences, on fait une incision médiane. Extraction d'un fœtus masculin pesant 3.900 gr. et criant immédiatement. L'incision antérieure a porté sur le placenta qui partiellement décollé est enlevé. Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Réfection de la paroi en 2 plans. Suites opératoires non fébriles et rigoureusement normales. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 22 juin.

Observation N° 28. — *Accouchement spontané chez un prématuré.*

S.. (Suzanne), 27 ans. IIIe pare. 12 juillet 1932. Dernières règles : 14 janvier. 5 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Accouchement spontané. Fœtus de sexe féminin ayant fait quelques inspirations et pesant 1.050 gr. Délivrance

naturelle 370 gr. Placenta blanchâtre. Face utérine déchiquetée. Rétention du caduque. B. W. négatif. Suites de couches normales.

Observation N° 29. — *Version par manœuvres internes.*

G... (Marguerite), 26 ans. IIe pare. 30 juillet 1932. Dernières règles : 20 octobre 1931. A terme. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Fille ranimée après 10 minutes de soins et pesant 3.250 gr. D. N. C. 640 gr. Périnée 1 crin. Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 10 août.

Observation N° 30. — *Version par manœuvres internes et forceps.*

E... (Marie), 32 ans. VIIIe pare. 27 août 1932. Dernières règles : 8 décembre 1931. 8 mois. Présentation de l'épaule. A. I. D. A. Version et grande extraction de siège. Forceps sur tête dernière. Fille mort-née pesant 2.880 gr. D. N. C. pesant 750 gr. Suites de couches normales.

Observation N° 31. — *Version par manœuvres internes chez un prématuré.*

D... (Irène), 35 ans. VIIe pare. 16 octobre 1932. Dernières règles : 1er mars. 7 mois. Envoyée de ville par une sage-femme pour présentation de l'épaule. Membranes rompues depuis deux heures. Hydramnios constaté par la sage-femme de ville. Version par manœuvres internes. Extraction facile. La tête franchit le col sans qu'il soit besoin de tirer. Garçon vivant pesant 1.860 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 400 gr. Révision intra-utérine : on constate la présence d'une déchirure latérale gauche dont l'extrémité supérieure remonte à plusieurs centimètres au-dessus du cul-de-sac; en outre, il existe une zone de décollement de l'espace vésico-vaginal. La déchirure est vérifiée avec les valves et pinces. La femme ne saigne pas, bon état général. On se contente de faire un tamponnement qui sera enlevé 8 heures plus tard. Sérum. Ergotine. Le tamponnement enlevé, la femme ne saigne pas et va bien. Suites de couches normales. B. W. négatif. Mort de l'enfant le lendemain. La femme quitte le service en bon état le 25 octobre.

Observation N° 32. — *Version par manœuvres internes au cours d'une grossesse gémellaire.*

Z... (Félicie), 33 ans. VIe pare. 2 novembre 1932. Dernières règles : 26 mars. 7 mois. 1er accouchement normal en O I A G dégagement en O P. Fille vivante pesant 1.900 gr. 2e accouchement : rupture artificielle de la poche des eaux. Présentation par l'épaule. Version par manœuvres internes suivies d'extraction. Garçon né en état de mort apparente (forme blanche) n'ayant pu être ranimé et pesant 1.770 gr. Poids du 1er placenta : 430 gr. Du second : 230 gr. Décès du 1er jumeau le surlendemain. B. W. négatif. Suites de couches normales. Quitte le service en bon état le 13 novembre.

Observation N° 33. — *Version par manœuvres internes et incision de la lèvre antérieure du col.*

C... (Angèle), 24 ans. Ve pare. 7 novembre 1932. Dernières règles : fin janvier. A terme. Présentation de l'épaule. Membranes rompues depuis 5 heures. Version par manœuvres internes et incision de la lèvre antérieure du col. Extraction d'un garçon pesant 2.900 gr. et ranimé après 5 minutes

de soins. Délivrance artificielle 420 gr. Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 20 novembre.

Observation N° 34. — *Version par manœuvres internes chez un prématuré.*

B... (Suzanne). 35 ans. IVe pare. 14 décembre 1932. Dernières règles : 19 mai. 6 mois 1/2. Présentation transversale, tête dans la fosse iliaque gauche, bruits du cœur sont perçus. Rupture artificielle des membranes. Version podalique. Incision de la face des membranes du col. Forceps sur tête dernière. Extraction d'une fille pesant 1.550 gr. et à qui l'on fait 1 cm3 de lobéline sous-cutanée. D. N. C. pesant 450 gr. L'enfant meurt quelques heures après la naissance. Suites de couches normales. La mère quitte le service en bon état le 24 décembre 1932.

Observation N° 35. — *Césarienne basse.*

B... (Rosalie), 31 ans. IVe pare. 7 janvier 1933. A terme. A l'entrée à la salle de travail (8 heures), rupture spontanée des membranes. Liquide normal. Présentation de l'épaule. Main dans le vagin. Les bruits du cœur sont bons. A 10 heures, dilatation de 5 fr. Rétraction de l'utérus. On décide de faire une césarienne basse transpéritonéale (Cathala). L'utérus est rétracté sur le fœtus. Evolution et extraction facile d'un enfant vivant de sexe masculin pesant 3.150 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 950 gr. Péritonisation. Il existe une dénudation légèrement suintante dans le ligament large sur le côté de l'utérus. On place un drain qui passe par l'ouverture du feuillet péritonéal. Suture de la paroi suivant le procédé habituel.

Suites opératoires : le drain est retiré le 10 janvier. Du 11 au 17 janvier, épisode pulmonaire fébrile avec râles sous-crépitants aux deux bases. Le 23 janvier, apparition d'une phlébite gauche. La malade est hospitalisée jusqu'au 18 février, date à laquelle elle quitte l'hôpital dans un bon état relatif. L'enfant est dans un excellent état.

Observation N° 36. — *Césarienne basse.*

M... (Mariette), 26 ans. IIe pare. 14 janvier 1933. Dernières règles : 20 avril 1932. 8 mois 1/2. Présentation transversale. Main dans le vagin. Bruits du cœur sont bons. Césarienne basse transpéritonéale (Lantuéjoul). Extraction facile d'un garçon vivant pesant 2.950 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 400 gr. Péritonisation en redingote. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires : dans les jours qui suivent, réaction fébrile à 39° et pertes de pus jaunâtres et fétides par le vagin. Colpotomie (Lantuéjoul) le 23 janvier pour masse dans le cul-de-sac postérieur du volume d'une banane. Il ne s'écoule que la sérosité. Le 3 février, réaction pulmonaire légèrement fébrile et râles fins à la base du poumon droit. La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 17 février.

Observation N° 37. — *Evolution spontanée chez un prématuré.*

C... (Henriette). 18 ans. IIe pare. 17 janvier 1933. Dernières règles : 2 juillet 1932. 6 mois. Présentation de l'épaule A. I. G. A. Evolution spontanée. Garçon mort-né 1.120 gr. D. N. C. 650 gr. Placenta chair de saucisse. B. W. négatif. La mère quitte le service quelques jours plus tard en bon état.

Observation N° 38. — *Accouchement spontané chez un prématuré.*

M... (Germaine), 23 ans. IVe pare. 5 août 1933. Dernières règles : 6 janvier. 6 mois 1/2. Présentation épaule gauche dorso-postérieur. Accouchement spontané. Garçon mort-né pesant 1.600 gr. Suites de couches légèrement fébriles. B. W. négatif. La mère quitte le service le 16 août en bon état.

Observation N° 39. — *Césarienne haute.*

M... (Eugénie), 32 ans. IVe pare. 6 octobre 1933. Dernières règles : 29 décembre. Dans ses antécédents, on relève une embryotomie pour présentation transversale (Obs. N° 23). Femme traitée (Novar). Césarienne haute (Lantuéjoul) pour présentation par l'épaule. On passe à travers le placenta. Extraction d'une fille ranimée après dix minutes de soins et pesant 2.300 gr. Délivrance immédiate, 580 gr. Suites opératoires non fébriles. La mère et l'enfant quittent le service le 27 octobre en bon état.

Observation N° 40. — *Version par manœuvres internes.*

T... (Albertine), 25 ans. IIe pare. 27 octobre 1933. Dernières règles : 19 janvier. A terme. Présentation transversale, procidence du cordon droit. Tête fuyant dans la fosse iliaque gauche. Garçon vivant ranimé après vingt minutes de soins et pesant 3.200 gr. D. N. C.: 650 gr. Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

La statistique s'étend du 1er janvier 1929 au 31 octobre 1933. Elle porte sur 14.963 accouchements. Nous avons trouvé 40 présentations de l'épaule, soit une proportion de 1/374, confirmant sur ce point les statistiques récentes.

Le traitement de ces 40 cas a été le suivant :

5 Evolutions spontanées.
21 Versions.
6 Embryotomies.
8 Césariennes.

Tout l'intérêt de l'étude réside dans le pronostic. Il faut examiner successivement le pronostic maternel et le pronostic fœtal.

Pronostic maternel.

Mortalité : 0 cas 0 0/0.
Morbidité : 5 cas 12,50 0/0.

Dans un seul cas (suite d'embryotomie), le pronostic a paru un instant inquiétant.

Pronostic fœtal.

Mortalité :

Au cours du travail.....	15 soit 37,50 0/0
Dans les jours qui ont suivi.....	7
Total dans le service....	22 soit 55 0/0

Parmi ces cas :

8 fœtus étaient morts *in utero* à l'arrivée dans le service, 14 fœtus ou enfants morts dans le service.

Ces 14 fœtus pesaient :

1.050 gr., 1.120 gr., 1.200 gr., 1.460 gr., 1.550 gr., 1.600 gr., 1.650 gr., 1.650 gr., 1.850 gr., 1.860 gr., 1.900 gr., 2.880 gr., 3.000 gr., 3.150 gr.

Il faut remarquer que 11 fœtus pesaient un poids inférieur à 2.000 gr.

Si nous prenons les enfants pesant 2.000 gr. ou plus de 2.000 gr. et arrivés dans le service à l'état de fœtus vivants *in utero,* nous voyons qu'ils étaient au nombre de 19.

Parmi ces 19 enfants,

3 sont morts alors qu'on avait pratiqué :

2 versions internes,

1 césarienne haute (ce dernier, hédéro-syphilitique, mort au 14e jour).

Et 16 sont sortis vivants du service, alors qu'on avait pratiqué :

1 version externe,

8 versions internes,

3 césariennes hautes,

4 césariennes basses.

La mortalité parmi les enfants de poids suffisant est donc en réalité de 15,85 0/0.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY.

Vu : *Le Président,*

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur, CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT et FOURNIER. — Réflexions sur une série d'opérations césariennes: trois conservatrices et cinq mutilatrices (*Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 1923, page 407).

BALARD. — Sur trois cas de césariennes supra-symphysaires (Soc. d'Obs. et de Gyn., Bordeaux, novembre 1923).

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — Pratique de l'Art des Accouchements.

BERGER. — La présentation de l'épaule à la Maternité de l'hôpital Lariboisière de 1922 à 1931 (*Thèse*, Paris 1931).

BERTHAUT. — A propos des différents mécanismes de l'évolution spontanée (*Ann. de Gyn. et d'Obs.*, Paris 1912).

BERTRAND. — Contribution à l'étude du traitement de la présentation de l'épaule (*Thèse*, Paris 1927).

BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la Césarienne suspubienne (*Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 1922, n° 2).

CATHALA. — De la Césarienne transperitonéale basse (Soc. d'Obs. et de Gyn., Paris. Fasc. 1, 1926).

CHATAING. — Etude statistique de la présentation de l'épaule à la Clinique Tarnier de 1898 à 1908 (*Thèse*, Paris 1909).

CIAUDO et BONA. — Présentation de l'épaule : 5 cas (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, mars 1928).

COUVELAIRE. — Statistique des Césariennes basses faites à la Clinique Baudelocque (Soc. d'Obs. et de Gyn., novembre 1925).

DESOUBRY. — *Thèse*, Paris 1925.

DUFOUR. — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule (*Thèse*, Paris 1900).

JEANNIN. — Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice? (*Progrès Médical*, 17 mars 1920).

GALLAIS. — Version spontanée dans un cas de présentation de l'épaule (*Revue Médicale Française*, décembre 1929).

LAFFONT et SCHEBAT. — Évolution spontanée d'une présentation de l'épaule (Soc. d'Obs. et de Gyn. d'Alger, 13 avril 1929).

MARASSIN. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (*Thèse*, Paris 1925).

PINARD. — *Thèse d'Agrégation*, 1875.

PINARD. — 2e Congrès de Gyn. et d'Obs. de langue française, 1921.

PLANCHON. — Statistique de la présentation de l'épaule à la Clinique Tarnier de 1888 à 1898 (*Thèse*, Paris 1898).

RHEUTER-BENOIT. — Présentation récidivante de l'épaule à deux gestations successives dans un utérus cordiforme (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, mars 1932).

ROUTIER. — *Thèse*, Paris 1893.

VINOT. — La césarienne dans la présentation de l'épaule (*Thèse*, Paris 1930).